

## · 多病共存和多重用药 ·



**作者简介:**胡世莲,主任医师、教授、博士生导师,安徽省老年医学研究所所长,安徽省第一批学术和技术带头人,安徽省第四批“115”产业创新团队带头人,享受国务院政府特殊津贴。世界华人临床营养医师协会副会长、中国老年保健医学研究会中医保健技术分会第一届委员会副主任委员、中国医院协会疾病与健康专业专业委员会副主任委员、安徽省医学会老年医学分会主任委员、安徽省健康管理学会理事长、中国老年医学中心联盟第一届委员会常委、安徽省医师协会老年医学医师分会常委、安徽省营养学会常务理事。《中国临床保健杂志》总编辑、《健康报》编委、《中华老年医学杂志》编委。

Email:hushilian@126.com

## 加强对老年多重用药的管理

胡世莲,顾朋颖

[中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院),安徽省老年医学研究所,肿瘤免疫与营养治疗安徽省重点实验室,合肥230001]

**[摘要]** 随着我国进入老龄化社会,多病共存患者逐年增多,人们越来越关注老年患者的多重用药状况。多重用药通常指患者同时服用5种及以上药物。对老年人群的综合评估,有利于多重用药管理策略的选择。积极认识和管理多重用药将会给老年人、家庭和社会带来极大益处,该文努力将多重用药的相关理念扎根于老年患者医疗和照护团队的心中。

**[关键词]** 多种药物疗法;综合评估;处方不当;老年人

中图分类号:R969 文献标识码:A DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2018.02.001

**Strengthen understanding and management of multiple medication in elderly patients** Hu Shilian, Gu Pengyin  
(the First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China, Anhui Institute of Gerontology, Anhui Provincial Key Laboratory of Tumor Immunotherapy and Nutrition Therapy, Hefei 230001, China)

**[Abstract]** As China entered the aging society, the patients with multiple diseases increase year by year. There is an increasing focus on the situation of polypharmacy in elderly patients. Polypharmacy defines as the patient taking more than five drugs at the same time. Comprehensive assessment of the elderly population is beneficial to the management strategies of polypharmacy. Preventing and managing polypharmacy will bring tremendous benefits to the elderly, family and society and we will try to root the ideas of polypharmacy in the heart of the medical care team of the elderly patients.

**[Keywords]** Polypharmacy; Comprehensive evaluation; Inappropriate prescribing; Aged

多重用药通常指患者同时服用5种及以上药物<sup>[1]</sup>。多重用药的患者既有多病共存、接受多种药物治疗的必要性,又有过度或不合理用药风险。随着我国人口老龄化的加速,多重用药现象已经相当普遍,根据对2012—2014年北京5530名80岁以上

老年人的横断面调查显示:平均服用7种药物,多重用药高达64.8%<sup>[2]</sup>;在多重用药的人群中,不合理和潜在不合理处方的比例达到了48.9%<sup>[3]</sup>。

多重用药已经成为老年医学的研究热点,我国针对多重用药的基础和临床研究均取得了一定进

展,但仍有很多亟待解决的问题,如老年多重用药管理未形成统一共识,国内无相关老年多重用药指南等。我国多重用药的老年人基数庞大,社会资源消耗严重;但是无论是医务工作者还是老年人自身、家庭和社会都未引起足够重视。加强对老年人多重用药的认识和管理任重道远。

### 1 加强对老年人多重用药导致不良事件的认识

伴随着高比例的多重用药,相关的临床不良事件发生率也呈递增的趋势,主要包括:药物不良反应、药物间相互作用、治疗依从性下降、老年综合征的出现等。有调查显示 35% 的门诊和 40% 的住院老年患者发生过药物不良反应<sup>[4]</sup>,而应用 5 种及以上药物的患者发生药物不良反应的风险较对照组增加 88%<sup>[5]</sup>。服用 5~9 种药物的老年住院患者药物间相互作用的发生率为 50%,而应用 20 种及以上药物的患者药物间相互作用的发生率为 100%<sup>[6]</sup>。应用 4 种及以上的患者有 35% 的人群未坚持正规服药<sup>[7]</sup>;在老年人群中每增加一种药物,30 天内的跌倒风险增加 7%<sup>[8]</sup>。多重用药对老年人的认知功能损害更加明显,应用 6~9 种药物的老年人认知障碍的发生率较使用 5 种以下的老年人高出 32%<sup>[9]</sup>。老年人多重用药导致诸多临床不良事件,以药物不良反应发生率增加最常见。医患及家属都需要充分认识,积极应对。

### 2 分析导致老年人多重用药的原因

导致老年患者多重用药的原因来源于临床医师和患者本人两方面。临床医师方面的主要原因有:(1)缺乏整合团队对老年患者的全人管理,导致多个专科医师的处方简单叠加;(2)专科医师缺乏对药物的全面认识,药物之间的相互作用了解不足。患者方面的原因有:(1)老年患者本身多病共存,合并有多种慢性疾病需要长期口服多种药物治疗;(2)老年患者可能因视力、记忆力下降等情况,导致重复用药发生;(3)用药来源多,常依据个人想法或受他人意见影响自行调整药物,同时活动不便也影响老年患者及时随诊调药。(4)老年患者特殊的心理状态:易受邻居或朋友影响擅自改药,私自使用慢性病的秘方或依据个人想法或感受过多依赖中药制剂。

### 3 强化对老年人多重用药的管理

**3.1 老年综合评估的应用** 老年综合评估(CGA)是老年医学的核心技术,其评估的主要内容包括:患者的机体功能状态、认知能力、心理状态、社会和家

庭支持情况以及自我服药管理能力等,是多重用药老年人目标导向医疗的基础,具有极强的临床优势。老年综合评估在多重用药上的作用主要体现在:一是共病评估,评估存在共病的种类、严重程度以及之间的相互关系,哪些需要优先治疗。二是多重用药评估,首先根据患者的共病筛选需要治疗的药物,剔除不需要的药物;其次对治疗药物进行评估,推荐使用 2015 年美国老年医学会发布的老年人不恰当用药 Beers 标准和我国老年人不恰当用药目录,评估老年人潜在不恰当用药。通过老年综合评估可以充分了解老年患者的个体特点,为个体化的治疗提供有效支持。

**3.2 发展多学科整合团队提高治疗的连续性** 老年医学多学科整合团队(GIT)是老年医学学科的重要工作模式<sup>[10]</sup>。GIT 管理模式是在传统医学基础上,以老年科医师、营养师、精神卫生科医师、护师、康复师或相关专科医师等组成的多学科团队为支撑,以老年综合评估工具为手段,不定期地对老年患者疾病、功能状态进行全面评定,制定出贯穿住院和出院后,全面又个体化的老年病治疗新模式。主要针对多种疾病共存的复杂老年患者,该模式可以将各个专科的意见进行有效整合,同时解决疾病控制、康复、营养、用药、心理等问题,不仅减少了患者在门诊各专科的多次就诊,还显著提高了治疗的连续性,避免“处方瀑布”的发生,是目前老年医学提倡的全程、全人管理的一种有效表现形式。北京协和医院老年医学科对老年病房 65 岁以上共病患者进行团队查房,对患者进行全面评估综合治疗,减少不合理用药,降低多重用药风险。

**3.3 多重用药评价工具的使用** 为避免不合理和高风险药物在老年人群中的使用,减少相关临床不良事件发生,国际社会开发设计了多个多重用药的评价工具,如 Beers 标准<sup>[11]</sup>、老年人潜在不合理处方筛查标准(STOPP/START)<sup>[12]</sup>、中国台湾标准<sup>[13]</sup>以及卫生保健财务管理局药物应用审核标准<sup>[14]</sup>。其中最常使用的有 Beers 标准,该标准经过多次修订后,现有 53 条具体细则,分为 3 个类别(老年患者应避免的药物;具有特定疾病或症状的老年患者应避免使用的药物;老年患者应慎重使用的药物),且列出了每种潜在不合理用药的证据级别,为临床应用提供了更加可靠的循证医学证据。目前老年科医师及专科医师诊治老年患者时,较少关注多重用药评价工具的使用,因此,加强多重用药评价工具的使用

不仅有利于提高临床医师的综合水平,而且有利于减少多重用药及其产生的不良后果。

3.4 政府及主管部门应重视老年多重用药的预防和管理 首先需要建立全面的老年患者多重用药流行病学资料库,了解老年患者发生率高及不良反应多的多重用药,加快制定有中国特色的临床实践指南;结合年龄、健康状况等进行危险分层,分类管理。其次,应大力培育以老年医学科和全科医师为主的多学科医学团队,在临床药师的监督下树立整体性医疗理念,积极开展老年患者的老年多重用药的预防和管理。

目前多重用药的最佳管理策略应是基于老年综合评估结果制定的一套个体化的以患者为中心的照护和支持策略,关注老年人自身的需求和期望目标,遵循获益性、可行性、依从性以及患者意愿的排序原则。老年患者多重用药的管理复杂且极具挑战性,临床医师需要提高对其认识,进一步改善老年人功能状态,提高生活质量,最终达到全程、全人管理。

#### 参考文献

[1] 于普林. 老年医学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2017:69.

[2] 刘森,李嘉琦,吕宪玉,等. ≥80岁老年人多重用药现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2017,33(3):412-414.

[3] MARTINEZ-ARROYO JL, GOMEZ-GARCIA A, SAUCEDA-MARTINEZ D. Polypharmacy prevalence and potentially inappropriate drug prescription in the elderly hospitalized for cardiovascular disease [J]. Gac Med Mex, 2014,150(1):29-38.

[4] HOHL CM, DANKOFF J, COLACONE A, et al. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department [J]. Ann Emerg Med, 2001, 38(6):666-671.

[5] BOURGEOIS FT, SHANNON MW, VALIM C, et al. Adverse drug events in the outpatients setting: an 11-year national analysis[J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2010, 19

(9):901-910.

[6] DOAN J, ZAKREWSKI-JAKUBIAK H, ROY J, et al. Prevalence and risk of potential cytochrome p450 mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy[J]. Ann Pharmacother, 2013, 47(3):3224-3232.

[7] ROLLASON V, VOGT N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist [J]. Drugs Aging, 2003, 20(11):817-832.

[8] ROBERT L, MAHER JR, JOSEPH T, et al. Clinical consequences of polypharmacy in elderly [J]. Expert Opin Drug Saf, 2014, 13(1):57-65.

[9] JYRKKA J, ENLUND H, LAVIKAINEN P, et al. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population [J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2010, 20(5):514-522.

[10] 曾平,朱鸣雷,曲璇,等. 治疗老年共病患者的新模式:多学科整合团队[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2013, 12(5):336-338.

[11] CHRISTINE M. American geriatrics society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: the American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel [J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60(4):616-631.

[12] LISE MB, TIMOTHY R, CATRIONA C, et al. Assessing potentially inappropriate prescribing (PIP) and predicting patient outcomes in Ontario's older population: a population-based cohort study applying subsets of the STOPP/START and Beers' criteria in large health administrative databases[J]. BMJ Open, 2015, 5(11):e010146.

[13] CHANG CB, YANG SY, LAI HY, et al. Using published criteria to develop a list of potentially inappropriate medications for elderly patients in Taiwan [J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2012, 21(12):1269-1279.

[14] HANLON JT, SCHMADE KE, BOULT C, et al. Use of inappropriate prescription drugs by older people [J]. J Am Geriatr Soc, 2002, 50(1):26-34.

(收稿日期:2018-01-08)